

Innflytjendur á Íslandi: Um samskipti læknis og sjúklings í nýjum aðstæðum

Á síðustu árum hefur fjöldi þeirra sem flytjast til Íslands frá öðrum löndum farið vaxandi. Margir koma langt að og hafa búið á svæðum þar sem tíðni ýmissa alvarlegra smitsjúkdóma er mun hærri en hér. Tungumál þeirra og menning er einnig oft ólík því sem við þekkjum og viðhorf til heilbrigðisþjónustu og lækna annað en hér tíðkast. Læknir þarf því að hafa í huga aðra sjúkdóma en þá sem algengastir eru meðal þorra þjóðarinnar og oft er nauðsynlegt að nálgast sjúklinga sem tilheyra þessum hópi á sérstakan hátt. Á lungna- og berklavarnadeild Heilsuverndarstöðvar Reykjavíkur hefur um árabil verið starfrækt móttaka innflytjenda. Koma þangað flestir þeir sem þurfa að fá heilbrigðisvottorð fyrir dvalar- og atvinnuleyfi á Íslandi. Á síðastliðnum átta árum hefur skapast mikilvæg reynsla á deildinni við móttöku þessa hóps. Mörg þeirra vandamála sem þar er glímt við má rekja til samskiptaörðugleika. Í þessari grein verður fjallað sérstaklega um þann vanda frá sjónarhóli siðfræðinnar og hvernig helst má vinna gegn honum. Í lokin verða raktar vangaveltur varðandi almenna heilsugæsluþjónustu til innflytjenda, en margt bendir til að nauðsynlegt sé að gera sérstakar ráðstafanir innan heilsugæslunnar til að bæta aðgengi innflytjenda að almennri heilbrigðisþjónustu.

Hvers þarf að gæta í samskiptum?

Í starfi lækna er samtalið milli læknis og sjúklings grundvöllur þess að góður árangur náist. Samskiptin sem þar eiga sér stað eru meginforsenda góðrar sjúkrasögu og þar með rétttrar greiningar. Einnig er samtalið undirstaða þess trausts sem þarf að skapast á milli sjúklings og læknis til þess að sjúklingurinn þiggi og fylgi þeirri meðferð sem læknirinn ráðleggur.

Þegar læknir og sjúklingur tala ekki sama móðurmál, hafa alist upp á ólíkum menningarsvæðum eða þurfa jafnvel að hafa samskipti gegnum túlk má búast við að dragi mikið úr gæðum samskipta. Þau verða ónákvæmari og ýmis blæbrigði tungumálsins nýtast ekki til tjáningar. Þá getur það hæglega gerst að sjúklingur jánki öllu sem sagt er, samþykki meðferð, segist skilja hana og af hverju

hann þurfi meðferð, en síðar kemur í ljós að hann skildi ekkert af því sem sagt var og meðferð var ekki fylgt. Jafnvel er hugsanlegt að hann hafi skilið hvað hann átti að gera en ekki tilganginn með meðferðinni eða hann treysti ekki læknum. Ennfremur gæti verið að hann hefði lítinn orðaförða á því tungumáli sem notað var til samskipta og hafi þess vegna ekki getað tjáð vilja sinn. Vegna þeirrar leiðandi stöðu sem læknir hefur í samtali þarf mikið sjálfstraust og styrk af sjúklings hálfu til að segja við lækni: „Ég skil þetta ekki“ eða „ég vil þetta ekki“ þegar læknir ráðleggur meðferð.

Staða innflytjenda í samtali er oft þannig að sjálfræði þeirra og virðing er í uppnámi. Þeir eru mállausir, geta ekki tjáð sig nema í gegnum aðra. Oft er það fjölskyldumeðlimur sem túlkar og í stað þess að túlka grípur viðkomandi inn í samtalið, svarar iðulega fyrir sjúkling, túlkar ekki allt sem læknirinn segir, breytir jafnvel inntaki boðskapar læknisins og þá oft í þeim tilgangi að útskýra betur hvað læknirinn sagði. Sá sem fylgir sjúklingnum reynir jafnvel óafvitandi að stýra samtalinu og breyta því úr samtali þar sem læknir og sjúklingur tala saman með túlk yfir í samtali þar sem læknir og fjölskyldumeðlimur (eða túlkur) ræða saman um sjúkling. Í sumum tilfellum er ekki einu sinni fjölskyldumeðlimur sem túlkar heldur vinnufélagi eða vinnuveitandi. Spurningar læknis geta verið nærgöngular og það er ekki ólíklegt að í slíkri stöðu treysti sjúklingur sér jafnvel ekki til að svara þeim af heiðarleika og einlægni.

Vandinn sem læknir og sjúklingur standa frammi fyrir er að túlkur er í senn forsenda þess að skipst sé á upplýsingum en jafnframt skermar túlkur sjúkling af frá lækni og öfugt. Sjúkrasagan er brotin, útskýringar læknisins komast illa til skila og það sem kannski skiptir mestu máli; læknirinn fær ekki tækifæri til að mynda samband við sjúklinginn sem getur orðið grundvöllur þess trausts sem meðferðin þarf að vera reist á.

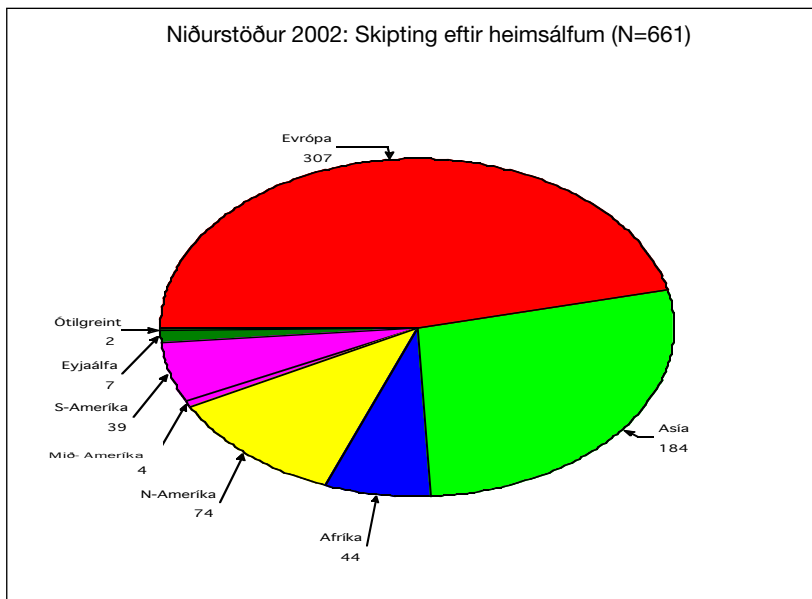
Í samtali sem fram fer á tveimur tungumálum er mikilvægt að hafa faglærða túlka. Það er slæmur kostur að láta fjölskyldumeðlim eða vinnufélaga túlka og gersamlega óásætlanlegt að láta börn túlka. Sú staða sem börn komast í þegar þau túlka fyrir foreldra sína gefur þeim í senn alltof mikið



Ástríður
Stefánsdóttir

astef@khi.is

Höfundur er læknir á
Heilsuverndarstöð
Reykjavíkur og hefur lokið
M.A. gráðu í heimspeki.



Mynd 1: Innflytjendur sem komu í skoðun á Heilsuverndarstöð Reykjavíkur eru víða að. Myndin hér að ofan sýnir í grófum dráttum dreifingu þeirra sem komu árið 2002 eftir heimsálfum.

vald og alltof mikla ábyrgð á þeim aðstæðum sem uppi eru. Það er eðlilegt í samtali læknis við sjúkling að gera kröfu um að hafa túlk sem veit hvert hlutverk hans er, blandar sér ekki inn í samtalið og tekur ekki ábyrgð á því. Túlkur þarf að gera sér skýra grein fyrir mikilvægi trúnaðar og að þær upplýsingar sem hann verður vitni að í samtali fái hann vitneskju um einungis í krafti þess að hann er túlkur og það eru þar af leiðandi ekki upplýsingar sem hann varðar um á nokkurn hátt. Hann á því engan rétt á því að blanda sér og skoðunum sínum inn í samræðuna. Með því að gera slíkt eyðileggur hann möguleika læknis og sjúklings til samskipta og færir athyglina til sín sem miðpunkt þess samtals sem fram fer. Í samskiptum með túlki er alltaf fyrir hendi sú hætta á að hann fari að stjórna samtali í krafti þess að hann hefur vald á báðum tungumálum.

Vel þekkt er sú staða í túlkun sem kalla má 2:1 en þá þróast samtali þannig að til dæmis sjúklingur og túlkur eru saman á móti lækni eða túlkur og læknir saman á móti sjúklingi. Þetta gæti gerst þegar sjúklingur og túlkur tala saman án þess að túlka það sem fram fer til læknis eða ef læknir og túlkur tala saman án þess að túlka það sem fram fer til sjúklings. Báðir kostir eru slæmir og hindra eðlilegt samband milli læknis og sjúklings. Sérstaklega þó þar sem túlkur og læknir tala saman um sjúkling. Þá er mikil hætta á að sjúklingur upplifi sig kúgaðan og utanveltu í samtalinu. Bæði sem sjúklingur og innflytjandi er einstaklingurinn í veikri stöðu og stendur engan veginn jafnfætis lækninum. Túlkur á að gera samtalið mögulegt með því að eyða þeim hindrunum sem eru til staðar vegna tungumálaerfiðleikanna. Túlkur sem fer að stýra samtalinu eða að tala við lækni án þess að það sé túlkað fyrir sjúkling eykur þá upplifun sjúk-

ings að hann ráði engu um þá stöðu sem hann nú er í og að hann sé fremur áhorfandi en fullgildur þátttakandi í samtalinu. Túlkur á að túlka öll samskipti sem eiga sér stað inni í herberginu og bera jafnmikla virðingu fyrir öllum sem hann túlkar fyrir. Hann á að forðast að vera virkur þátttakandi með frumkvæði í samtali en á fyrst og fremst að hafa það markmið að vera brú á milli tveggja menningarheima og tungumála (1).

Vandinn er að við búum í litlu samfélagi og oft er sá túlkur sem þekkir hlutverk sitt og lítur á túlkun sem fag einfaldlega ekki til. Það er því iðulega þannig að það leysir ekki allan vanda að fá túlk. Einnig getur sú staða komið upp að sjúklingur eða aðstandandi vilja ekki utanaðkomandi túlk því þeir treysta ekki túlkum eða vilja ekki tilteknar persónur inn í samtalið.

Í dag er gerð sú krafa að sjúklingur fái skýrar upplýsingar frá lækni um hvað að honum er, hvaða meðferð sé í boði og viti af hugsanlegum aukaverkunum meðferðar. Læknir á einnig að miðla á skýran hátt skoðun sinni og ráðleggja sjúklingnum hver sé besti kosturinn í stöðunni* (2). Í öllu starfi læknis er hann meðvitaður um þessar kröfur og reynir að standa undir þeim. Framhjá því verður þó ekki litið að þær vinnuaðstæður og þeir veikleikar í samskiptum læknis og sjúklings sem lýst var hér að ofan eru daglegt brauð hjá þeim sem sinna sjúklingum frá Asíu, Afríku, Rússlandi og Austur-Evrópu svo dæmi séu nefnd. Í starfi okkar á síðastliðnum árum höfum við á lungna- og berklavarnadeild Heilsuverndarstöðvarinnar oft-sinnis staðið frammi fyrir vandamálum sem rekja má til samskiptaörðugleika. Við erum meðvituð um þá og reynum að vinna gegn þeim eins og hægt er. Við gerum okkur þó fulla grein fyrir því að aðstæður eru oft ekki eins og best verður á kosið. Ég vil þó taka fram að með aukinni túlkanotkun hefur okkur tekist að bæta til muna mætingu sjúklings og einnig meðferðarhaldni. Samskiptaerfiðleikar eru þó vandi sem sífellt þarf að taka með í reikninginn og haga starfinu þannig að dregið sé úr þeim eins og kostur er. Þeir þættir sem kunna að skipta máli eru að:

1. tala skýrt í stuttum setningum
2. fá faglærðan túlk í stað fjölskyldumeðlims til að túlka

* Lög nr. 74 frá 1997 um réttindi sjúklings. 5. gr. "Sjúklingur á rétt á upplýsingum um:

a. heilsufar, þar á meðal læknisfræðilegar upplýsingar um ástand og batahorfur,
b. fyrirhugaða meðferð ásamt upplýsingum um framgang hennar, áhættu og gagnsemi,
c. önnur hugsanleg úrræði en fyrirhugaða meðferð og afleiðingar þess ef ekkert verður aðhafst,
d. möguleika á að leita álits annars læknis eða annarra heilbrigðisstarfsmanna eftir því sem við á um meðferð, ástand og batahorfur."

3. huga að staðsetningu túls í herberginu. Stað setja hann þannig að hann komi ekki upp á milli sjúklings og lækni. Hafa hann sem minnst sýnilegan inni í samtalinu.
4. gefa samtali góðan tíma. Gefa sjúklingi tíma og tækifæri til að bera upp spurningar. Sjúklingar eiga almennt erfitt með að spyrja lækni og slíkt er enn erfiðara þegar samtal er túlkað. Það hendir jafnvel að túlkur svarar spurningum sjúklings og túlkar þær ekki fyrir lækni. Túlkur telur þá að spurningu sé beint til sín persónulega en ekki til læknisins, jafnvel þó hér sé um spurningar að ræða sem varða meðferð. Læknir þarf að vera vakandi fyrir því og óska eftir túlkun á öllum samskiptum og reyna þannig að fá spurningarnar til sín.
5. ef samtal gengur illa á að stefna sjúklingi fljótt aftur og reyna þá að ganga úr skugga um að viðkomandi hafi skilið það sem um var rætt.
6. vera meðvitaður um þann mun sem kann að vera á sambandi læknis og sjúklings í þeim menningarheimi sem sjúklingur kemur úr og þeim heimi sem við lifum í. Vel er mögulegt að sjúklingur geri aðrar kröfur til læknisins og hafi annaðhvort innbyggt traust eða vantraust á heilbrigðisstéttum þegar hann mætir í viðtalið.

Hvert á að sækja þjónustu?

Reynsla okkar á lungna- og berklavarnadeild Heilsuverndarstöðvarinnar af heilbrigðisskoðunum innflytjenda hefur sýnt okkur hvaða kosti það hefur að hafa þá þjónustu á einum stað. Má þar til dæmis nefna:

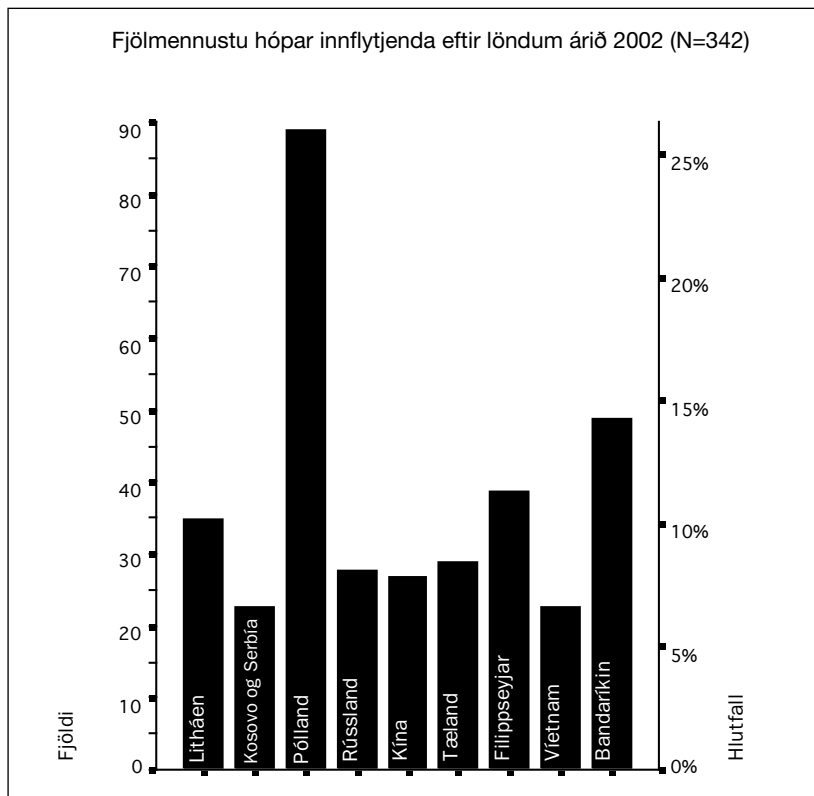
1. Sú reynsla og þekking sem nauðsynleg er í samskiptum við innflytjendur, til að ná sem bestum árangri, skapast fyrir.
2. Auðvelt er í samvinnu við sóttvarnalækni að halda skrá yfir þá smitsjúkdóma sem greinast og að átta sig á þeirri faraldursfræði sem hér um ræðir.
3. Þeir sem þurfa á þjónustunni að halda vita hvert þeir eiga að snúa sér. Oft er hér um sama fólkið að ræða, hvort heldur um er að ræða vinnustaði sem byggja mikið á erlendu vinnuafli eða einstaklinga sem eru að fá til sín fjölskyldumeðlimi að utan.
4. Alengt er að innflytjendur hafi ekki fasta búsetu heldur séu sífellt að flytja á milli staða fyrstu árin eftir komu. Þeir eiga því ekki auðvelt með að nýta sér heilbrigðisþjónustu sem fyrst og fremst tekur mið af búsetu.

Auk þessa höfum við orðið vör við ákveðna erfiðleika sem þessi sjúklingahópur glímir við þegar okkar skoðunum og meðferð sleppir og sjúklingurinn þarf á almennri heilsugæsluþjónustu

að halda. Erfitt er fyrir aðflutta að fá fastan heimilislækni. Þörfin fyrir heimilislækni sem getur sett sig inn í vanda einstaklingsins er þó mikil. Hér er iðulega um að ræða ungt fólk í mikilli vinnu og þá fjölskyldur með lítil börn. Þær eru að aðlagast nýju samfélagi og oft nýrri samfélagsskipan. Félagsleg vandamál, erfið vinna, áhyggjur og lág laun fléttast saman við sjúkdóminn. Iðulega hefur sjúklingurinn lítið vald á tungumálinu og er gjarnan háður túlkum með öll flóknari samskipti. Tíð skipti á læknum og skammtímalausnir langvinnra vandamála ganga hér illa upp. Hér skiptir því miklu máli að hafa samfellu í þjónustunni og að hún sé einföld og aðgengileg. Það er forsenda þess að sjúklingurinn geti leitað aðstoðar og læknirinn fái innsæi í vandann. Það er líka forsenda þess að samskiptin geti byggst á trausti svo hægt sé að finna og fylgja eftir lausn.

Einangrun innflytjenda í nýju samfélagi er vel þekkt vandamál. Eitt einkenni hennar kemur fram í erfiðleikum fólks við að nálgast heilbrigðisþjónustu (3). Reynslan okkar af samtölum við þá sem eru að flytjast hingað til lands og einnig af tilraunum til að greiða götu þeirra svo þeir komist að hjá heimilislækni í Reykjavík er því miður ekki góð. Það virðist vera mjög erfitt að fá slíka þjónustu. Margir sækja lækniþjónustu til læknavaktar, á slysadeild eða hafa pantað sér tíma á heilsugæslustöð og þá hjá nýjum og nýjum lækni í hvert skipti. Heimilislæknir sem getur sett sig inn í fjölskyldu-aðstaður og kynnist sjúklingum persónulega myndi vitanlega þjóna þessum hópi mun betur. Það er marga sem bendir til þess að þróskuldurinn til að leita sér læknishjálpar sé hærri hjá innflytjendum en hjá öðrum Íslendingum og jafnvel má spyrja sig þeirrar spurningar hvort hér sé ekki um að ræða hóp í samfélaginu sem fær verri þjónustu frá heilbrigðiskerfinu en aðrir. Mögulegar hindranir eru margs konar (3): Þær geta í fyrsta lagi verið stjórnunarlegs eðlis, þeim er einfaldlega ekki hleypt inn í íslenska heilbrigðiskerfið vegna þess þeir hafa annars vegar ekki full réttindi fyrstu sex mánuðina, og hins vegar er lítið um nýskráningar sjúklinga hjá heilsugæslulæknum. Í öðru lagi eru hindranir oft fjárhagslegar. Oft er innflytjandinn á lágum launum og ræður því illa við að borga fyrir lyf og lækniþjónustu. Í þriðja lagi eru hindranir menningarlegs eðlis. Hér er iðulega um að ræða fólk sem ekki talar það tungumál sem boðið er upp á til samskipta og áttar sig ekki á því hvað er viðeigandi hegðun í nýju samfélagi. Einnig tekur oft langan tíma að átta sig á uppbyggingu heilbrigðiskerfisins í nýju landi og læra hvert á að leita þegar vandamál koma upp.

Aðrar þjóðir hafa sýnt fram á einangrun þessara hópa og nefnt hefur verið að hugsanlega sé þörf á



Mynd 2: Innflytjendur sem voru skoðaðir árið 2002 komu frá 79 mismunandi þjóðlöndum. Frá 9 löndum komu fleiri en 20 einstaklingar, alls 342 af 621.

sérstökum aðgerðum til að bæta aðgengi innflytjenda að heilbrigðiskerfinu (4). Ef við lítum aftur á íslenskar aðstæður bendir flest til að hér sé einnig mjög erfitt fyrir innflytjendur að fá lækniþjónustu vegna tíðra búsetuskipta. Það eitt og sér gerir það ólíklegt að um samfellu í þjónustunni sé að ræða. Til að nálgast þennan vanda mætti hugsa sér að komið yrði á fót sérstakri heilsugæsluþjónustu eða að ákveðin heilsugæsla tæki að sér þennan hóp. Það myndi einfalda og auðvelda innflytjendum að sækja sér lækniþjónustu. Hægt væri að líta á þetta sem tímabundna þjónustu ýmist í byrjun dvalar eða fyrir þá fjölmörgu farandverkamenn sem eru hér í eitt, tvö eða þrjú ár og fara svo aftur til baka til síns heimalands. Þeir sem á hinn bóginn eru komnir með fasta búsetu og hafa ákveðið að gera Ísland að sínu heimalandi gætu nýtt sér þjónustuna á því formi sem hún er nú. Það sem mælir með skipulagi sem þessu er að heimilislæknir sem hefur mikla þjálfun í að sinna útlendingum, gerir sér hugsanlega betur grein fyrir þeim vandamálum sem upp geta komið. Hann lærir smám saman að þekkja hvað skiptir máli í samskiptum einstaklinga frá ólíkum menningarsvæðum. Hann kynnist þeim hópum eða samfélögum sem hér eru frá hinum ýmsu löndum og kemst í persónulegt samband við lykilpersónur. Einnig þjálfast hann í vandamálum sem oft hrjá sérstaklega þá sem hingað koma og eru að setjast að. Má til dæmis nefna magabólgu, svefnvandamál, húðvandamál. Einnig eru ákveðn-

ar sýkingar algengari í þessum hóp en meðal þeirra sem alið hafa allan sinn aldur á Íslandi. Almenn þekking í faraldursfræði er hér gagnleg. Langvarandi hósti er ekki bara vegna berkjubólgu, asma eða ofnæmis. Hann getur verið merki um berkla. Samkvæmt þessu hefur það ótvíræða kosti að líta á innflytjendur sem hóp og reyna að sníða þjónustuna að þörfum hópsins. Aðrir hafa bent á galla þessarar nálgunar og segja að með þessari leið hætti okkur til að skoða innflytjendur og skilgreina þá of mikið út frá stöðu þeirra sem slíkra og að við verðum blind á einkenni sem kunna að hafa allt aðrar skýringar. Þessi hópur sjúklinga eigi ekki nógu mikið sameiginlegt til að réttlæta sérhæfða nálgun (4). Þrátt fyrir að þessi gagnrýni sé hugsanlega réttmæt er brýnt að finna leið til að greiða á einhvern hátt götu þeirra innflytjenda sem hingað koma að íslenskri heilbrigðisþjónustu (5).

Niðurlag

Hugmyndir þær sem hér hefur verið varp að fram hafa það fyrst og fremst að leiðarljósi að vekja athygli á þeim vanda sem við á Heilsuverndarstöðinni höfum orðið vör við í starfi okkar. Það er mikilvægt í læknisstarfinu að brjóta ekki grundvallarmannréttindi en slíkt getur hæglega gerst þegar samskipti við sjúklinginn ganga illa. Einnig er réttlætismál að allir hafi jafnan aðgang að heilbrigðisþjónustu, líka innflytjendur (5). Hætta er á að þeir hópar sem ekki fá hlutdeild í þeim gæðum sem góð heilbrigðisþjónusta óneitanlega er búi til dæmis við hærri barnadauða, njóti ekki fyrirbyggjandi aðgerða eins og bólusetninga og að alvarlegir sjúkdómar greinist seint sem aftur leiðir til erfiðari meðferðar og verri batahorfa (3). Góð heilbrigðisþjónusta tekur mið af þörfum allra þeirra sem þurfa á henni að halda. Það er brýnt að þeir sem hafa flust til Íslands frá öðrum menningarsvæðum verði sýnilegir í heilbrigðiskerfinu svo hægt sé að mæta þörfum þeirra sérstaklega.

Heimildaskrá

1. Humphrey J. Alcorn Bob. So Yoy Want To Be An Interpreter? An Introduction to Sign Language Interpreting. Amarillo Texas, H & H Publishing Company 2001: 8.1-8.21.
2. Coulter A. Patients' view of the good doctor. Doctors have to earn patients' trust. BMJ 2002; 325: 668-9.
3. Loue S Ed. Handbook of Immigrant Health. New York and London, Plenum Press 1998: 101-6.
4. Kelaher M, Manderson L. Migration and mainstreaming: matching health services to immigrants' needs in Australia. Health Policy 2000; 54: 1-11.
5. Wolffers I, Verghis S, Marin M. Migration, human rights, and health. Lancet 2003; 362: 2019-20.